N° 42

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DILATATION PRÆ-FŒTALE DE LA VULVE

COMME MOYEN

DE PRÉVENIR LES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 26 juillet 1884

PAR

F. PASSARINI

Né à Condamines (Basses-Alpes)

Ancien Externe de l'Hôpital-Général (Asile des Aliénés)
Ex-Chirurgien interne de l'Hôpital de Cette
Membre de la Société médicale d'émulation
Membre de la Société de médecine et de chirurgie pratique

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

> La somme des maux de la femme est bien supérieure à celle que la nature a répartie à l'homme. Aussi, sous ce rapport, la condition de la femme est des plus malheureuses et tous nos efforts doivent tendre à la soulager.
>
> (VIGANOUX)

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... DOYEN
COMBAL ✻ ✠..... } ASSESSEURS
GRASSET..... ....}

Professeurs.

	MESSIEURS :
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie, chargé du cours.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale. id.	N...
Opérations et appareils.	N...

MARTINS (O. ✻) FONSSAGRIVES (O. ✻), COURTY ✻. Profes honor.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants. MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN, agrégé.

Agrégés.

MESSIEURS :	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✻.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE.
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE.
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUMAS, *président ;*
JAUMES, professeur ;
JACQUEMET, agrégé ;
CARRIEU, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0122

A LA MÉMOIRE

de mon Père et de ma Mère

Eterna religio !...

A mon Frère aîné

Curé à Creissan

Comme un père vous m'avez conduit dans le chemin de la vie : aussi ai-je pour vous la reconnaissance d'un fils.

A mon Frère Eugène

Est-il un plus bel excès que celui d'une profonde amitié !

(La Bruyère)

PASSARINI.

A ma Tante et à mon Oncle SPÉRINDIO

A mes chers Cousins SPÉRINDIO

A mes Sœurs et à mon Beau-Frère

A mon Oncle et à mes Cousins REYNAUD

Profonde reconnaissance.

A mes deux Cousins les Drs SIGNORET

A Madame veuve N. CARAYOL

Recevez l'hommage de mon profond attachement.

PASSARINI.

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur DUMAS

Chevalier de la Légion d'honneur.

A Monsieur le Doyen BENOIT

Professeur d'Anatomie.

A mon cher et vénéré Maître

Monsieur le Professeur GRASSET

Semper honore meo...., celebrare.

(VIRG.)

A Monsieur le Professeur JAUMES

PASSARINI.

A Monsieur le Professeur **COMBAL**

A Monsieur le Professeur-Agrégé **CARRIEU**

A Monsieur le Professeur-Agrégé **ROUSTAN**

A Monsieur le Professeur-Agrégé **BLAISE**

Humble Hommage de ma reconnaissance.

A Monsieur GERBAUD

Chef de clinique obstétricale.

A Monsieur CATHALA

Médecin en chef de l'hôpital de Cette.

A Monsieur DUMAS

Chirurgien en chef de l'hôpital de Cette.

PASSARINI.

A Madame veuve Abel LÉENHARDT

Daignez recevoir, pour tous les bienfaits que j'ai reçus de vous, le témoignage de ma profonde gratitude.

A mon ancien Maître Monsieur PAPPAS

Je ne perdrai jamais le souvenir de vos bonnes leçons.

A Messieurs Gustave et Max LÉENHARDT

Votre amitié m'est bien précieuse.

A mes deux chers Amis

Ch. de VALAVIEILLE et G. RICHARD

Mirabili sorte conjoncti sumus.
(Hor.)

PASSARINI.

A mes deux Collègues et Amis

G. LACHAPELLE et P. BALLACEY

Internes à l'hôpital de Cette

A TOUS MES AMIS

PASSARINI.

INTRODUCTION

..... Cui lecta potenter erit res
Nec facundia deseret hunc, nec lucidus ordo.

(Hor. *Ars poetica.*)

Paraissait en juillet 1883, un mémoire de notre Maître, M. le professeur-agrégé L. Dumas, intitulé : ***De la dilatation præ-fœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée.*** Ce procédé, fondé sur des analogies et des idées purement théoriques, se montrait au jour n'ayant pour tout argument qu'une seule observation. Les résultats de cette unique expérimentation avaient pleinement répondu aux espérances de l'inventeur. Mais on ne pouvait pas de là conclure à l'excellence du procédé. Il fallait de plus nombreuses observations, une expérimentation plus sérieuse. Ce sont les résultats de cette expérimentation que nous venons, dans notre Thèse inaugurale, soumettre à la bienveillante appréciation de nos Juges.

Mais c'est un traitement prophylactique que nous allons avoir l'honneur de leur exposer, et il nous semble à propos de passer rapidement en revue, dans un premier chapitre, le siège, la fréquence, les causes et les suites des lésions que nous nous proposons de prévenir.

Nous exposerons dans un deuxième chapitre les différents procédés qui ont été employés jusqu'à ce jour dans le même but, après quoi nous tirerons de leur inefficacité même, la raison d'être de la manœuvre que nous avons expérimentée et qui sera l'objet d'un troisième chapitre.

Si le désir de bien faire n'a cessé de nous inspirer durant

notre travail, s'il nous a permis de vaincre certaines difficultés, c'est que nous avions à cœur d'offrir à nos Maîtres sympathiques un hommage digne de leur nom.

Le but n'aura point été atteint, mais le sentiment qui nous y poussait persiste toujours aussi vif!

« *Est benignum et plenum ingenui pudoris, fateri per quos proficeris* (1) », dit Pline l'Ancien, noble maxime qui nous dicte des expressions de profonde reconnaissance envers notre cher Maître, M. le professeur-agrégé L. Dumas. C'est avec bonheur que nous avons pu suivre ses doctes leçons et ses bons conseils. Qu'il veuille bieu agréer l'assurance de notre profonde gratitude !

(1) Préface de son Histoire naturelle.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DILATATION PRÆ-FŒTALE DE LA VULVE

COMME MOYEN

DE PRÉVENIR LES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

CHAPITRE Ier.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU PÉRINÉE.

Parmi les anatomistes, les uns avec Blandin comprennent sous cette dénomination toutes les parties molles qui forment le détroit inférieur du bassin ; les autres avec Velpeau et Malgaigne réservent ce nom aux parties situées en avant d'une ligne allant d'une tubérosité sciatique à l'autre. Enfin, Richet réserve le nom de périnée à la totalité du plancher pelvien et divise l'espace losangique qu'il représente en deux portions à peu près égales, par une ligne allant d'une tubérosité à l'autre. Il donne le nom de région périnéale postérieure à la portion située en arrière de cette ligne et celui de région périnéale antérieure à celle qui est placée en avant: c'est cette dernière qui doit seule nous occuper. Le périnée, dit Charpentier, est constitué par un plan musculo-aponévrotique. Il peut se diviser en deux parties bien distinctes : une partie aponévrotique composée de

lames qui s'unissent entre elles en formant des loges distinctes, et des muscles superposés par couches et qui remplissent ces loges avec des vaisssaux et des nerfs importants (1).

Quant à ces fonctions, elles sont de la plus haute importance. Il s'oppose à la sortie trop rapide et trop brusque du fœtus, il ramène la tête sous la symphyse du pubis et aide à son mouvement lent et progressif d'extension et à son dégagement au dehors. Se servant du cadavre d'une femme venant d'accoucher, P. Dubois expérimente la résistance du périnée et dit que c'est à elle qu'est dû le troisième temps de rotation de la tête.

Quoi qu'il en soit, le périnée distendu outre mesure, dit Budin, ne représente plus qu'une lame mince, bleuâtre, qui semble devoir éclater au moindre effort. La tête reste ainsi quelques instants et enfin une nouvelle contraction la fait se dégager et le périnée glisse d'avant en arrière, parcourant successivement le bregma, le front et la face du fœtus. C'est à ce moment qu'il se déchire le plus ordinairement. Nous ne saurions, en parlant de l'action du périnée, passer sous silence l'action que l'un de ses muscles, le releveur de l'anus (2), peut exercer sur le dégagement de la tête fœtale. Hildebrand, le premier, en 1872, eut l'occasion de constater un cas de contracture de ce muscle. Budin cite plusieurs observations où, soit le développement exagéré des fibres musculaires du releveur de l'anus, soit ses contractures, mirent obstacle à la marche régulière du travail. Ce sont surtout les fibres antérieures de ce muscle qui agissent sur l'orifice vaginal. « Ces faisceaux épais, dit Hildebrand, peu-

(1) Nous croyons qu'il serait sortir de notre sujet de donner les détails de chaque élément du plancher périnéal. Aussi nous contentons-nous d'une description tout à fait générale.

(2) Budin, *Progrès médical*, Résistance que le muscle releveur de l'anus peut apporter à l'accouchement. Paris 1881.

vent, quand ils se contractent, rétrécir l'orifice vaginal de deux façons : 1° ils rapprochent la paroi postérieure du vagin et le rectum de la symphyse ; 2° en se contractant, ils augmentent d'épaisseur et diminuent par conséquent le diamètre transverse du vagin (1).»

Comme on peut le voir, le rôle du périnée dans l'accouchement est d'une haute importance, et c'est ce qui faisait dire à Chailly Honoré : « les anatomistes nous ont appris à regarder le périnée comme formé de plans musculaires. Etrange erreur ! Pour l'accoucheur, le périnée est une toile d'araignée à laquelle sont attachés, d'un côté, l'avenir moral de la femme, de l'autre côté, l'existence morale et physique de l'accoucheur. »

Mais est-ce bien au périnée que doit être rapportée la cause de ce retard de dégagement que l'on observe presque toujours chez la primipare ? Les recherches de Budin sur l'orifice hyménal ont aujourd'hui complètement élucidé la question et cette résistance attribuée jusque-là au périnée, doit être presque entièrement rapportée à l'orifice vaginal, la vulve se laissant au contraire franchir très facilement, une fois cet orifice vaginal vaincu. « On voit quelquefois, dit Budin, cet orifice vaginal, poussé à travers l'orifice vulvaire, venir faire saillie à travers cet orifice sous forme d'un petit bourrelet saillant, livide, d'un demi-centimètre d'étendue (2). » — « Si dans ce cas, ajoute-t-il, on pousse un doigt entre l'orifice vulvaire et la tête, on sent les bords de cet orifice souples et extensibles, tandis que le doigt introduit entre la tête et l'orifice vaginal permet de constater la résistance de ce dernier dont les bords tendus forment une bride à bords tranchants. » Budin eut, dans un cas, la preuve

(1) Hildebrand. Handbuch der Frauenkrankheiten redigir von Biltroth, VIII, Abschnitt, S. 106.

(2) Budin, *loc. cit.*

la plus matérielle de cette résistance de l'orifice vaginal : la tête était arrêtée depuis plus de deux heures par cet orifice ; il l'incisa et la tête sortit sur le champ. Disons enfin, en terminant la physiologie du périnée et de la vulve, qu'on a quelquefois l'occasion d'observer du côté de celle-ci des retards causés par des contractures du constricteur cunni et surtout du releveur de l'anus.

CAUSES DE RUPTURE DU PÉRINÉE.

Comme on peut le voir par le tableau qui suit, les causes de rupture du périnée sont très variées et de sources différentes.

« Trois éléments, dit Budin (1), entrent principalement en jeu pour produire les déchirures : l'élément tissu, l'élément temps et l'élément direction. » Cette classification, simple, répond très bien aux données de la science et nous paraît pouvoir renfermer toutes les causes de ruptures. Aussi l'avons-nous choisie de préférence à d'autres, qui nous paraissent moins naturelles et moins claires.

Qui pourrait, en effet, contester l'influence de l'élément tissu sur les déchirures qui nous occupent ? « Il faut que l'accoucheur sache, dit Pajot (2), qu'il y a des périnées voués à la déchirure ; cela dépend de la nature et de la qualité des tissus. » — « Il n'est pas douteux pour moi, dit Matthews-Duncan (3), qu'il existe dans certains cas une altération spéciale des tissus qui abolit la puissance de résistance à la

(1) Budin, Des lésions traumatiques chez les femmes dans les accouchements artificiels (thèse de concours 1878).

(2) Extrait d'une leçon faite à la Faculté *in Gazette obstétricale*, 20 juillet 1875, p. 265.

(3) M. Duncan, Mécanisme de l'accouchement, etc., p. 476.

déchirure et à la rupture qu'ils possèdent. » Nous ajouterons, pour compléter ce premier point, que les déchirures se produisent surtout chez les femmes à orifice vulvaire étroit, celles dont le périnée est très résistant, celles qui sont fortes, bien musclées, grasses ou qui ont des régions infiltrées.

Quant à l'élément temps, il a, hâtons-nous de le dire, une importance non moindre. « Les orifices formés par les tissus vivants peuvent, dit Budin, se laisser dilater à un degré quelquefois extraordinaire, lorsqu'on les distend lentement ; ils se déchirent au contraire lorsqu'on veut agir rapidement. C'est là un fait d'observation (1). »

P. Dubois recommande de lutter contre les contractions utérines et d'empêcher la descente trop brusque de la tête, puis il ajoute: « le temps que l'on emploie ainsi est des plus précieux, car le périnée susceptible d'une grande extensibilité, pourvu toutefois qu'on ne le brusque pas, l'emploie à se dilater. » Quant à nous, nous rapportons à la cause qui nous occupe, la plupart des déchirures que nous avons eu l'occasion d'observer durant le cours de nos études, et nous relatons à la fin de ce travail quelques cas de déchirures dont l'infiltration séreuse des parties génitales, jointe à une marche trop rapide du travail (malgré nos efforts pour arrêter avec le trépied digital la descente de la tête), sont les seules causes.

Que dire du troisième élément, l'élément direction ? N'est-il pas vrai que la tête fœtale doit sortir des organes génitaux en suivant l'axe de l'orifice vulvaire ? et qui révoquera en doute la possibilité d'une déchirure du périnée dans le cas de dégagement de l'occiput en arrière ? Que l'occiput ne puisse se dégager sous l'arcade pubienne rétrécie, que la tête n'exécute pas, pour une cause quelconque,

(1) Budin, *loc. cit.*

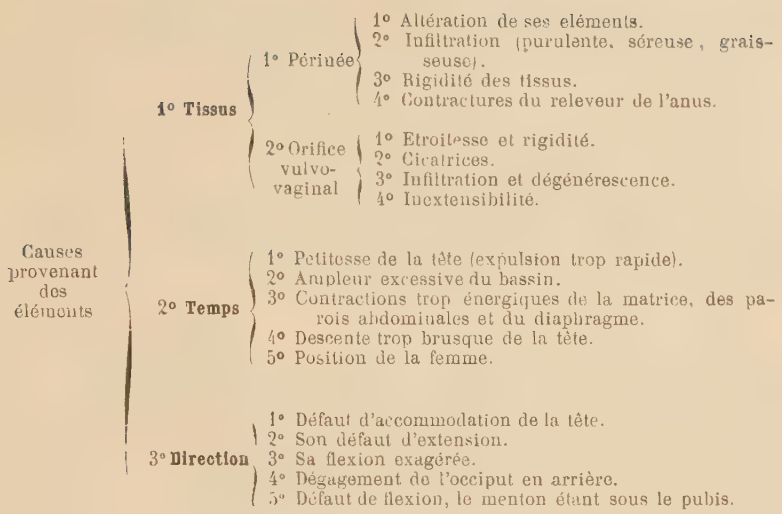
son mouvement de déflexion et la déchirure du périnée sera fort à craindre.

« Le point du plancher du bassin, dit Pazot (1), qui supporte d'abord la plus grande pression, correspond à l'extrémité du détroit inférieur. » Si la tête appuie trop ou trop longtemps en bas, dans cette direction, le plancher périnéal se rompra. On comprend donc l'influence de la direction de la tête sur les ruptures du périnée.

Chacun de ces éléments peut rentrer séparément en cause dans les ruptures du plancher périnéal, mais ils peuvent aussi agir simultanément, et il pourra se faire, par exemple, que des contractions trop énergiques de la matrice coïncident avec une altération du périnée et alors la déchirure sera l'effet de deux causes dont l'une agit par l'élément temps, l'autre par l'élément tissu. Supposons encore qu'avec une descente rapide de la tête coïncide une flexion exagérée de ce même organe, l'occiput venant presser fortement sur la partie moyenne du périnée, celui-ci peut finir par se rompre s'il n'est secouru ; deux éléments sont encore en cause ici : l'élément temps et l'élément direction.

Nous avons rangé à côté de chaque élément les différentes causes qui lui appartiennent. C'est ainsi que, à propos de l'élément tissu, nous avons cru d'abord devoir établir une division suivant que c'est le tissu du périnée ou celui de la vulve qui est altéré, après quoi nous avons énuméré les différentes manières d'être de ces tissus. Nous croyons pouvoir nous abstenir de tout commentaire au sujet du mode d'action, d'ailleurs facile à comprendre, des différentes causes qui appartiennent à chaque élément, aussi nous contenterons-nous de présenter au lecteur le tableau qui suit.

(1) Leçon faite à la Faculté *in Gazette obstétricale*, 20 juillet 1875.



DIVERS MODES DE RUPTURES.

Sous l'influence des fortes contractions de l'utérus, des muscles abdominaux et du diaphragme, la tête descend brusquement, appuie sur le périnée, le distend brusquement, et celui-ci s'allonge et s'amincit considérablement, puis en quelque sorte surpris, il cède bientôt et la déchirure débute soit par la peau, soit par la muqueuse vaginale.

Le périnée proprement dit se déchire de plusieurs façons, lorsque distendu par les parties fœtales, il tombe en avant et forme une sorte de sangle qui retient la tête et lutte, pour ainsi dire, contre les efforts d'expulsions que fait la parturiente. Les déchirures complètes et incomplètes sont soumises au même mécanisme.

Le plus souvent après la déchirure de la fourchette ou d'une petite portion du périnée sur la ligne médiane, cette déchirure se complète au moment du passage de la tête, de

la même façon, dit Pajot, qu'un commis de magasin de nouveautés, pour séparer une pièce d'étoffe, commence par couper à l'aide de ciseaux une petite partie de cette étoffe et, termine ensuite la séparation en déchirant avec ses mains au niveau de l'échancrure opérée par les ciseaux.

La première déchirure faite à la fourchette remplace le coup de ciseau et la brusque distension produite par le passage de la tête fait l'office de la traction exercée par le commis.

Mais suivant que la tête aura ou non exécuté son mouvement d'extension, le mode de rupture sera différent.

1° L'occiput est-il déjà engagé dans l'orifice vulvo-vaginal, il se produira une déchirure ordinaire qui commencera par la fourchette et la commissure postérieure de la vulve et suivra le raphé plus ou moins loin, sans aller pourtant jusqu'à l'anus, ou s'étendra jusqu'à cet orifice et fera, par conséquent, de la vulve et de l'anus une seule ouverture. Dans le premier cas, nous aurons une déchirure incomplète ; dans le second cas, une déchirure complète.

2° L'occiput n'est-il pas encore engagé dans la vulve ? la tête n'a pas opéré son mouvement d'extension et presse sur le périnée qui éclate à son centre, de dedans en dehors, et cela sans que ni la fourchette ni l'anus soient intéressés : c'est la déchirure centrale qui a généralement pour cause un sacrum très oblique et avec cela presque sans courbure.

3° Math. Duncan a cité un cas plus rare, c'est celui d'une déchirure spéciale, qui se produit sur le périnée et la cloison vaginale, comme conséquence d'une eschare survenue après l'accouchement ; la déchirure en un mot est secondaire

Dans ce cas, la tête reste longtemps appliquée sur le périnée distendu, l'intervention de l'accoucheur amène la terminaison de l'accouchement sans lésions apparentes, car les tissus restent intacts après l'accouchement et il en est ainsi

pendant plusieurs jours ; mais en réalité ils sont profondément altérés, une eschare se forme, se détache, et laisse après sa chute une perforation du périnée, une véritable déchirure centrale.

Fréquence. — Les déchirures du périnée sont très fréquentes, beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'admet généralement, ce qui d'après Olshausen s'expliquerait par ce fait que bon nombre d'entre elles passent inaperçues quant elles sont peu étendues.

Olshausen distingue deux variétés de déchirures :

Celles qui se produisent d'une façon inévitable, malgré toute la surveillance que l'on peut apporter à les prévenir et celles que l'on aurait pu éviter et qui sont dues à ce que l'on a négligé de soutenir le périnée.

Les premières, suivant lui, se produisent chez les primipares dans 15 p. 100 des cas, non compris les déchirures simples de la fourchette.

Les chiffres qui résultent des recherches d'Olshausen à sa clinique pendant 10 ans, donnent 21 p. 100 chez les primipares et 4, 7 p. 100 chez les multipares.

Dans d'autres cliniques, il dit avoir vu 49 p. 100 chez les primipares.

Schrœder sur 185 primipares, a vu le frein rester absolument intact 74 fois (33 p. 100), le frein être légèrement entamé 44 fois (23, 3 p. 100), déchirures plus ou moins étendues du périnée 71 (37, 6 p. 100). Winket sur 1022 accouchements, a vu 115 ruptures du périnée.

Sur 87 femmes (1) opérées par Buker-Brown, 54 étaient primipares ; sur 16 femmes, également affectées de ruptures entre 30 et 40 ans, 10 étaient primipares.

(1) Dr Bourgeot, thèse de Paris, 1872.

Le Dr Teulat (1) conclut, d'un certain nombre de statistiques, que la moyenne brute des ruptures du périnée serait de 10 p. 100.

Le tableau suivant que nous empruntons à Charpentier, montre la fréquence relative des déchirures du périnée chez les primipares et chez les multipares.

Fréquences des déchirures du périnée d'après Schrenck.

AUTEURS	NOMBRE des accouchements	PROPORTIONS des déchirures du périnée	FRÉQUENCE chez les primipares	FRÉQUENCE chez les multipares
Hildebrandt	356	7,2 %	19,7 %	0,18 %
Nippok	1011	11,5	18,7	2,2
Olshansen	»	»	21,1	4,7
.....	119	»	47	»
Lilbmann	1064	15,9	30	4,2
Mewis	1035	19,8	31,8	5,8
Winckel	»	20	»	»
Schrenck	847	21,4	36,6	8
Fabshenver	300	22,3	34	10
Schrœder	»	»	34,5	9
.....	289	27,7	37,6	9
Litzmann	»	27,6	»	»

Sur 181 ruptures du périnée, Schrenck a noté:

Déchirures du 1er degré ..... 134 = 74 %
— du 2me degré ..... 41 = 22,6
— du 3me degré ..... 1 = 0,6
? ..... 5 = 2,6

Pronostic.—Au moment de la rupture du périnée, la femme éprouve une douleur vive, brûlante, une sensation de déchirure et les parties dilacérées peuvent être le siège d'une hémorrhagie plus ou moins considérable. «J'ai vu, dit Budin (2), une artère du périnée saigner abondamment douze heures

(1) Thèse de Paris, 1879.

(2) Trad. de Matthews Duncan par Budin.

après la délivrance»; et plus loin il ajoute: «ces hémorrhagies peuvent être assez considérables pour devenir mortelles.» «Les pertes fournies par la vagin, dit le Dr Van Hœsendonck (1), peuvent être aussi dangereuses que les métrorrhagies. Je crois même qu'elles le sont davantage, par cette seule raison que bien souvent elles restent inconnues.

«Cette rupture doit être attribuée à l'allongement excessif de l'artère produit par l'expulsion de la tête et par la grande tension du périnée pendant le travail.» Ces hémorrhagies par déchirures sont surtout graves lorsque celles-ci s'étendent jusques au clitoris.

Et si nous considérons maintenant les conséquences de ces ruptures, nous verrons qu'elles sont généralement assez graves. Qu'il s'agisse d'une rupture centrale, elle guérit généralement assez bien, mais on a vu plusieurs fois des fistules périnéales persister pendant plus ou moins longtemps et quelquefois la malade a succombé, soit à une suppuration dont elle ne pouvait faire les frais, soit à d'autres complications.

Chute du vagin, abaissement de la matrice, prolapsus de la paroi antérieure du rectum, telles sont les conséquences d'une rupture incomplète du périnée.

Quant aux conséquences des ruptures complètes, Roux les a retracées dans un tableau aussi sombre qu'exact et, seule la pensée que, dans le plus grand nombre des cas, on remédie heureusement à cette infirmité par la périnéoraphie, peut atténuer la pénible impression qu'on éprouve en lisant ces lignes: «La condition d'une femme en cet état est réellement déplorable», dit-il; et plus loin, après avoir dépeint le dégoût qu'elles ne sauraient manquer d'inspirer: «De là, ajoute-t-il, la nécessité pour les malades de vivre dans une solitude

(1) Annales de médecine d'Anvers, 1861.

contraire à leur âge, à leur sexe et à leurs habitudes. Elles tombent dans une tristesse profonde et presque toujours leur santé s'altère et leur teint perd sa fraîcheur.»

Et maintenant que penser de l'influence de ces déchirures sur la pénétration possible du virus septicémique par ces stomates béantes : vaisseaux lymphatiques ou sanguins ? Déjà, en 1763, Van-Swieten soutenait cette opinion que « la femme accouchée est assimilable à un blessé.» « La fièvre puerpérale, dit Playfair (1), est produite par l'absorption des matières septiques dans l'organisme à travers les solutions de continuité qui existent toujours après l'accouchement dans l'appareil de la génération.» « Comme les autres malades porteurs de vastes plaies suppurantes, disait Gaillard, en 1857, les femmes en couches peuvent être atteintes d'infection purulente, d'infection putride ou de pourriture d'hôpital.»

Nous n'hésiterons donc pas à considérer les éraillures, les déchirures, comme autant de stomates accidentelles par où se fait la pénétration du virus dans l'organisme et comme étant la cause de ces phlébites, de ces lymphangites et de ces phlegmons qu'on a quelquefois l'occasion d'observer, et qui donnent lieu à un mouvement fébrile souvent très accentué, mais qui, généralement, ne durent pas plus de 48 heures. Comme on le voit par ce rapide énoncé, les déchirures du périnée ne sont pas toujours bénignes et partant elles méritent d'être prévenues.

(1) Cité par Raymond, thèse pour le concours d'agrégation 1880.

CHAPITRE II.

La connaissance des anciennes méthodes sert à en créer de nouvelles qui ont les qualités des anciennes, sans en avoir les défauts. (Kant.)

De l'avis de la plupart des accoucheurs, c'est à la primiparité que doit être rapportée la cause la plus fréquente des ruptures du périnée.

Chez la multipare, en effet, l'orifice vaginal a été forcé une fois pour toutes; il n'opposera plus à la sortie de la tête aucune résistance et, en dehors de toute altération pathologique, le périnée se distendra sans se rompre.

Chez la primipare, il en est tout autrement, et nous avons déjà parlé plus haut de la résistance qu'oppose à la sortie de la tête l'orifice vaginal. Des trois orifices qu'elle a à franchir (utérin, vaginal et vulvaire), c'est sans contredit l'orifice vaginal qui offre la plus grande résistance. Mais cet orifice, après avoir suffisamment résisté, finit par se rompre sous l'influence des forces utérines, et dans la crainte que la déchirure se prolonge trop au delà, on a inventé des manœuvres préventives.

Nous ne mentionnerons qu'en passant certains procédés justement tombés aujourd'hui dans l'oubli, tels que : le refoulement du coccyx (Devanter, Jacobs) ; l'introduction d'un doigt ou d'un levier dans le vagin pour favoriser le glisse-

ment de la tête (Pleink, Stein) ; l'introduction d'un ou de plusieurs doigts dans le rectum (Smélie, Starek) (1).

Au commencement de ce siècle, Wigand de Hambourg était d'avis qu'il était inutile de soutenir le périnée, avis qu'il partageait avec Mende, Zörg, Ritgen et en partie aussi par Scanzoni.

Röderer, en 1766, et le vieux Stein, en 1770, comptaient pour éviter les déchirures du périnée sur la violente dilatation de la vulve avec la main poussée entre la tête du fœtus et le sacrum de la mère.

Aucune proposition n'a reçu un accueil aussi défavorable que celle de G. Michaëlis en 1810 : dans le cas où il paraît impossible de conserver le périnée, cet auteur conseille de l'inciser pour en empêcher la rupture complète.

Les procédés actuellement mis en usage peuvent se diviser en trois classes, suivant que l'on se propose de soutenir simplement le plancher périnéal, ou bien de ralentir la progression de la tête fœtale, ou enfin de faciliter et d'accélérer l'ampliation de l'orifice vulvo-vaginal et l'extension du périnée.

Le moyen le plus anciennement employé consiste à soutenir le plancher périnéal pendant que la tête se dégage. A cette fin, la main était appliquée à plat sur le périnée, le pouce d'un côté de la vulve, les doigts de l'autre, de telle sorte

(1) Nous ne dirons rien des différentes positions qu'on fait prendre à la femme.

En France, on a adopté la position sur le dos ; en Angleterre, on a adopté le décubitus latéral.

Alt et Schrœder ont préconisé la position sur les coudes et les genoux, disant que dans cette position, la tête, par son propre poids, se place en plein dans l'arcade pubienne.

Dans une brochure intitulée : *Pourquoi fait-on accoucher les femmes sur le dos?* Von Ludwig cherche à démontrer que le décubitus dorsal pèche gravement contre les lois de la mécanique. Il recommande la position accroupie sur les genoux que prennent ordinairement les femmes sauvages et celles qui sont abandonnées à leurs instincts.

que l'orifice vulvaire se trouvait embrassé dans l'écartement des doigts.

L'on aurait pu *à priori* s'attendre à l'inefficacité de ce moyen, car, en dehors des modifications spéciales du périnée qui peuvent le prédisposer aux ruptures, c'est surtout la progression trop rapide de la tête fœtale qui le mettent en danger. Or, par ce procédé, on ne suppose pas à la sortie plus ou moins rapide de la tête, et pour peu que les contractions soient énergiques, l'accoucheur malgré ses efforts, sent le périnée se fendre pour ainsi dire sous sa main.

Le soutien du périnée n'a de l'efficacité réelle que tout autant que la main appliquée sur la cloison ano-vulvaire résiste à la poussée de la tête. Et ce fait n'avait pas échappé à Mme Lachapelle, lorsqu'elle conseillait de soutenir le périnée « en pressant vers l'anus », ce qui, évidemment, a pour but de retarder la descente du front, c'est-à-dire de ralentir le mouvement de déflexion.

Nous ne saurions admettre le conseil donné par Cazeau, de presser davantage du côté de l'anus, « pour diriger en avant, dit-il, la tête du fœtus et faciliter son mouvement d'extension. » C'est là, ce nous semble, une conduite diamétralement opposée au but que l'on veut atteindre, à savoir: ralentir le temps de dégagement et par suite ce procédé augmente pour le périnée les chances de rupture au lieu de les diminuer.

Olshausen conseille un procédé qui consiste à agir sur la tête par le rectum. A la fin de l'accouchement, l'anus est béant et permet, sans grande douleur pour la malade, l'introduction de deux doigts dans cet organe. La cloison recto-vaginale est assez mince pour permettre de sentir quelle est la partie de la tête que l'on touche.

Avec l'index et le médius ainsi introduits dans le rectum, on exerce sur le front une pression dont la direction et la

force se laissent facilement apprécier. Tandis que les deux doigts agissent ainsi, le pouce placé immédiatement en avant de la commissure antérieure du périnée, applique dans le segment inférieur de la vulve la surface de la tête qui est déjà engagée. Cette dernière manœuvre doit surtout être pratiquée lorsque la grande fontanelle est déjà visible et par conséquent le dégagement du front est imminent

On refoule ainsi peu à peu la tête d'arrière en avant et on la force à se dégager. Bien que l'auteur dise que sur une centaine de cas où il a employé sa méthode, il n'ait vu qu'une ou deux fois se produire des menaces de déchirures de la cloison recto-vaginale, nous ne saurions l'accepter, car comme le procédé de Cazeau, il aide à diriger la tête et à accélérer sa sortie, mais ne protège pas d'une manière efficace le périnée.

C'est pour la même raison que nous repoussons, d'accord avec Tarnier et Chantreuil, les procédés de Goodell, de Ritgen et d'Ahlfeld.

Partant de ce fait bien établi aujourd'hui à savoir: que l'expulsion trop brusque de la tête expose aux déchirures du périnée, P. Dubois et Depaul laissaient le périnée de côté ne s'occupant spécialement que de retarder la progression de la tête. « Pour cela, dit P. Dubois, on place la main par dessus le pénil et on applique les doigts sur la tête. On lutte ainsi contre les contractions utérines et la tête n'avance pas.»

Le temps que l'on gagne ainsi est des plus précieux, car le périnée, susceptible d'une grande extensibilité, pourvu toutefois qu'on ne le brusque pas, l'emploie à le dilater.

Pour arriver à la même fin, Depaul applique deux doigts sur l'occiput immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne et deux doigts de l'autre main sur le point de la tête qui affleure la commissure postérieure de la vulve. Il contre-balance ainsi la contraction utérine pendant tout le

temps nécessaire pour que la vulve ait acquis une ampliation suffisante.

Ce procédé ne diffère de celui de Chailly-Honoré que par ce fait que ce dernier soutenait en même temps le périnée.

« Ce procédé est excellent en soi, dit notre Maître, M. le professeur-agrégé Dumas, mais il offre, à notre avis, l'inconvénient d'occuper à la fois les deux mains de l'accoucheur, ce qui est toujours fâcheux ; mais surtout lorsqu'un obstacle quelconque s'oppose à la progression du fœtus, comme lorsqu'on retient la tête, car alors et notamment à la fin du travail, où les contractions atteignent leur maximum d'énergie, il est très prudent de soutenir le fond de l'utérus par une main appliquée sur la paroi abdominale. Dans ce cas c'est un relâchement extrême de cette paroi abdominale ou une obliquité excessive de la matrice, auxquels on doit remédier ainsi pendant la contraction, sous peine de voir le travail se prolonger indéfiniment. »

Mattei (1) tout en ayant pour but de ralentir la descente trop rapide de la tête, il cherche aussi à en obtenir la flexion ou l'extension, « car, dit-il, le défaut de flexion ou d'extension de la tête, doivent être rangés parmi la cause de déchirure du périnée. Il sera donc d'autant plus facile de l'éviter que la tête sera plus fléchie, car elle franchira ainsi plus facilement l'orifice vaginal. »

Pour atteindre ce but, voici comment il procède : il glisse les doigts d'une main entre l'angle supérieur de la vulve et l'occiput ou, si possible, entre l'occiput et l'arcade du pubis et il pousse ainsi l'occiput en bas et en avant. L'autre main

(1) *Courrier médical*, 1817. Nous lisons dans le n° 31, an 1883 de l'*Italia medica*, un procédé de Carlo Minuti qui ressemble beaucoup à celui de Mattei L'auteur agit avec deux doigts et par derrière le pubis sur l'occiput, tandis qu'avec deux doigts de l'autre main, il pousse en haut le bregma ou le front et ralentit la sortie de la tête.

placée sur le périnée, où repose la face, cherche à la relever et favoriser ainsi la flexion.

Il recommande de favoriser en même temps l'ampliation du périnée en s'opposant à la progression trop rapide de la tête.

La méthode de Mattei établit donc une transaction entre les procédés qui ne s'occupent que de la tête et ceux où l'on ne cherche qu'à faciliter directement l'ampliation du périnée.

C'est là ce que Goodell cherche à obtenir lorsque, au moyen d'un doigt introduit dans l'anus, il exerce des tractions d'arrière en avant. Toutefois, le procédé de Goodell est encore mixte, car il comprend, en même temps, un retard apporté à la progression de la tête.

« En agissant ainsi, dit Hurt, on va directement contre le but qu'on se propose, car en rapportant ainsi le périnée en avant, on augmente d'autant ses chances de déchirure. Si l'on veut refouler le périnée, c'est en arrière et non en avant qu'il faut l'entraîner, de façon à amener la fente vulvaire dans le sens de la force expulsive et à diminuer ainsi la résistance de la partie postérieure du périnée. »

A cette appréciation, nous joindrons celle de notre Maître M. L. Dumas: « Outre la difficulté, dit-il, d'introduire un doigt dans le rectum comprimé par le front du fœtus, le désagrément qu'une pareille manœuvre ne saurait manquer de donner à la parturiente, nous paraît suffisant pour la faire rejeter. »

L'appréciation de Hurt sur le procédé de Goodell nous amène également à rejeter le procédé de Playfair, qui « relâche le périnée » en rapprochant les bords de la vulve et en poussant la commissure postérieure *en avant de la tête* au moyen de la main placée comme dans le soutien classique du périnée. D'ailleurs le procédé de Playfair, pas plus que

l'ancienne manœuvre classique, ne prévient les déchirures du périnée et cela seul suffit pour nous le faire rejeter.

Tels étaient les différents procédés employés pour prévenir les déchirures du périnée, lorsqu'en 1883, notre Maître le Professeur L. Dumas fut amené « par le hasard », dit-il, à imaginer un nouveau mode d'intervention. Sa méthode lui avait été inspirée par des considérations purement théoriques et l'expérimentation, « cette pierre de touche », dit Bacon, qui étaie ou renverse les méthodes que crée l'observation, ne lui avait pas encore donné des bases solides. Une seule observation venait à l'appui de la théorie ; elle laissait concevoir de la méthode de belles espérances, mais les auteurs, dont l'esprit avait été éveillé par l'ingénieuse simplicité du procédé, ne voulaient point encore accepter, cependant, le *ab uno disce omnes*, et demandaient (1) à d'autres observateurs un jugement plus sérieux.

Aujourd'hui nous sommes heureux de pouvoir apporter au lecteur de plus nombreux éléments de conviction et de détruire ainsi une objection fort sérieuse.

« Ce qui (2) me décide à faire connaître aujourd'hui le procédé, dit notre savant Maître, c'est que la question vient d'être remise à l'ordre du jour dans le *British medical Journal* (3), par les Drs Alexander Duke, Ernest Trestail et Alfred Carr, et que ces auteurs ont discuté un mode d'intervention qui pourrait sembler se rapprocher quelque peu de celui que j'ai imaginé. »

Voici en quoi consiste la méthode des auteurs sus-men-

(1) Marius Rey, *Gazette Médicale de Paris*, n° 15, année 1884 *Il perineo nella donna primipara* (Marari) *Italia Medica*, n° 37, année 1883

(2) Mémoire présenté à l'Académie de médecine de Paris le 17 juillet 1883.

(3) *British Medical Journal: on prevention of lucration of the female perineum, bŷ Alexander Duke, obstetric physicram, etc.*, n° 1158. March. 10, 1883, p. 484; Ernest Trestail, Alfred Carr, n° 1161, March. 1883, p. 616.

tionnés, méthode dont Ernest Trestail revendique la priorité et que Alexander Duke présente comme ne lui appartenant pas en propre, bien qu'il ne l'ait vue décrite nulle part. « Lorsque la tête profondément engagée, dit M. Duke, s'avance à chaque douleur, je m'assieds à côté du lit de la patiente, et j'introduis, après les avoir graissés, le pouce de la main gauche, ou les deux premiers doigts de la main droite (l'index et le médius sans doute) dans le vagin, et au moment de la douleur, je tire en arrière le périnée vers le coccyx avec force et douceur, relâchant graduellement la tension à la fin de la douleur jusqu'au début de la suivante, et ce, jusqu'à ce que le plus léger effort suffise pour tirer le périnée en arrière. Je supprime ainsi la résistance musculaire et j'obtiens un passage suffisant pour la tête.

»Lorsque l'arcade pubienne est rétrécie, l'auteur se borne à agir sur la tête d'arrière en avant pour faciliter le mouvement d'extension et cela sans s'occuper du périnée qui est cependant beaucoup plus menacé. Aussi M. Carr fait remarquer avec raison que, dans ce cas, l'obstacle n'est pas mieux franchi, mais que le périnée est beaucoup plus menacé.

»Ernest Trestail reproduit sommairement le même procédé qu'il a déjà décrit en 1875 et auquel il ajoute une dose d'ergot après une demi-heure d'extension continue, complément d'intervention qui doit absolument être rejeté.

»La manœuvre indiquée par Duke peut donner de bons résultats, car elle favorise la dilatation de la vulve et du périnée avant qu'une partie aussi volumineuse que la tête vienne la distendre outre-mesure. Mais cette méthode n'est pas sans dangers, « car en n'agissant pas directement sur la tête, dit notre Maître L. Dumas, l'auteur ne peut se rendre compte du degré d'énergie avec lequel celle-ci presse sur le plancher périnéal et surtout sur l'orifice antérieur du vagin,

que Matthews Duncan (1) et Budin ont montré être si souvent le point de départ de déchirures étendues, par suite les tractions exercées par l'accoucheur pourraient précisément amener une rupture brusque, lorsque la tête arrivée au niveau des doigts, viendra renforcer leur action sous l'influence de la contraction utérine.

» Enfin, par son procédé, M. Duke agit sur la tête sans s'en douter, mais il agit sur elle par l'intermédiaire d'une partie matérielle qu'il s'agirait précisément de soustraire à son influence. En effet, la direction des tractions exercées sur la commissure postérieure de la vulve distend celle-ci de haut en bas en la rétrécissant transversalement, en sorte que l'orifice vaginal va, au moment de la contraction utérine, constituer une boutonnière trop étroite pour la tête et que celle-ci ne pourra que refouler en masse : pressée ainsi d'arrière en avant et tiraillée d'autre part de haut en bas, ne risque-t-elle pas de se déchirer beaucoup plus vite et beaucoup plus profondément (2) ? »

(1) Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique, trad. par Budin, chap. XXVIII.

(2) Mémoire présenté à l'Académie de médecine le 13 novembre 1883.

CHAPITRE III.

Après avoir passé en revue les différents procédés qui ont été employés jusqu'à ce jour pour prévenir les déchirures du périnée ; après avoir rapidement analysé et apprécié le mode d'intervention proposé tout récemment par les auteurs A. Duke, Ernest Trestail et Alfred Carr, nous allons exposer dans tous les détails celui de notre Maître, M. le professeur-agrégé L. Dumas.

Nous comprendrons dans un premier paragraphe des considérations utiles à l'intelligence du sujet. Nous exposerons dans un deuxième paragraphe la manœuvre opératoire et les indications de la méthode ; dans un troisième, nous exposerons ses avantages, et enfin dans un quatrième nous répondrons à certaines objections.

A.

Les méthodes puisent souvent leur source dans les analogies.

(Bacon).

« J'avais plusieurs fois remarqué, dit M. le professeur-agrégé L. Dumas, chez des primipares à vulve étroite, que la période d'expulsion durait bien au-delà des limites ordinaires, sans que la tête appuyât le moins du monde sur le plancher périnéal, par conséquent sans qu'il y eût de véritable résistance du périnée. Et cependant je pouvais constater que l'occiput était arrêté immédiatement derrière la vulve. »

C'est là un fait d'observation qui nous a souvent frappé et tandis que nous étions disposé à attribuer au périnée cette résistance, nous avons pu nous assurer qu'il n'en était rien. Sur une jeune femme primipare, petite, mais très grosse et fortement musclée qui accouchait à la clinique, et dont la période d'expulsion dura quatre heures, on pouvait, en introduisant les doigts entre la tête et la vulve, constater que les bords de cet orifice étaient souples et extensibles, que l'occiput, au moment des contractions, poussait en avant l'orifice vaginal qui venait, à travers l'orifice vulvaire, faire saillie sous forme de bourrelet saillant, livide et d'un demi-centimètre d'étendue. Avec l'index de la main droite, introduit dans l'intervalle de deux douleurs, entre la tête et le bourrelet, nous avons pu nous convaincre au moment des contractions que la résistance siégeait en ce point et en ce point seulement. Une bosse séro-sanguine s'étant formée sur l'occiput et augmentant peu à peu de volume, s'était engagée à travers l'orifice vaginal qui finit par céder.

Cherchant à tirer de cette observation une conclusion pratique, nous nous sommes demandé si cette bosse séro-sanguine, en s'engageant dans l'orifice vaginal, n'aurait pas, ainsi que le dit notre Maître, exercé sur lui l'action de la poche des eaux sur le col.

La tête, avons-nous dit déjà, a trois orifices à franchir avant d'arriver à l'extérieur : l'orifice utérin, l'orifice vaginal et l'orifice vulvaire, et ainsi que la fait remarquer Budin, l'orifice vaginal est celui qui offre le plus de résistance à se laisser traverser. Et en outre, tandis que l'orifice utérin est préparé par la poche des eaux à se laisser traverser par la tête, tandis que la vulve n'offre au passage de celle-ci qu'une résistance généralement très faible, l'orifice vaginal au contraire est doué d'une résistance très considérable, et avec cela il n'a pas, lui, de poche des eaux qui le prépare, qui le

dilate en s'engageant dans son orifice et en agissant en quelque sorte sur lui à la façon d'un coin, la tête se présente en quelque sorte à lui *ex abrupto* et sans que rien ne l'ait, pour ainsi dire, averti de son arrivée et de son passage. Et alors que se passe-t-il? Ou bien les contractions sont faibles et alors l'orifice vaginal, après une dilatation lente et graduelle, se laissera franchir; ou bien si les contractions sont fortes, énergiques, et si rien ne vient le protéger contre l'assaut brusque de la tête, en quelque sorte surpris et non préparé à la lutte, il se rompra. « La dilatation de cet orifice par la tête fœtale seule, dit notre Maître, fait songer à cet individu légendaire qui voulait faire pénétrer une poutre dans sa maison en la présentant en travers de la porte; ou bien la tête ne passe pas ou bien l'obstacle est rompu. »

Ainsi que l'a démontré M. Budin, la seule résistance sérieuse contre laquelle ait à lutter la tête dans sa marche au dehors, siège dans l'orifice vaginal. Le périnée auquel on attribuait autrefois cette résistance, reste après le 1er accouchement, se reconstitue entièrement, augmente même de résistance avec l'âge, et cependant n'est-il pas vrai que les accouchements ultérieurs auront une période d'expulsion moins longue? Il n'y aura plus désormais ce qu'une sage-femme, qui avait assisté à beaucoup de naissances, appelait «la période de désespoir», c'est que l'orifice vaginal, vaincu, rompu dans un premier accouchement, n'existe plus pour opposer de la résistance et procurer de la douleur en se rompant.

Nous avons affaire ici, comme au niveau du col, à un véritable orifice; comme lui, il a subi pendant la grossesse des modifications importantes; il s'est gorgé de liquides, assoupli, ramolli, de plus l'hypertrophie de ses fibres musculaires et de tous les autres éléments, lui ont communiqué une extensibilité qu'il n'a pas à l'état normal. Bien plus, chez

la primipare, au début même de tout travail, le col est complètement fermé, tandis que l'orifice vaginal, quelque étroit qu'il soit, est déjà tout ouvert et par conséquent beaucoup mieux disposé que lui à céder à une force dilatatrice convenablement appliquée. Mais cette force dilatatrice lui manque; il n'a pas de poche des eaux, comme nous l'avons déjà dit, et la tête, par son volume et par sa forme est impropre à le dilater convenablement (1).

De cette première considération ressortent naturellement des conclusions d'une haute importance, c'est que si l'on pouvait soumettre l'orifice vaginal à une action dilatatrice d'une forme et d'un volume convenables, les déchirures profondes de l'orifice vaginal et du périnée seraient bien souvent évitées et la durée de la période d'expulsion serait notablement raccourcie.

Une conclusion de même nature pourrait d'ailleurs se tirer de ce fait que, presque toujours, quand tout est normal et le périnée non infiltré, on évite les déchirures du périnée dans l'application du forceps, à condition, bien entendu, de bien en diriger les branches et de n'extraire la tête que très lentement et en s'opposant même avec l'instrument à l'expulsion trop rapide. Et cependant l'orifice vaginal est étroit et les cuillers du forceps viennent augmenter le volume de la tête et par conséquent la distension des parties. «Mais, dit M. le professeur-agrégé L. Dumas, cet orifice est, ainsi que la vulve, distendu graduellement par les branches du forceps qui tout en s'écartant peu à peu, depuis l'articulation

(1) Nous ne saurions trop insister sur ce fait, à savoir : que la tête, par son segment trop grand pour pénétrer dans l'orifice vaginal, refoule cet orifice en avant, mais ne le dilate pas; elle n'a pas de force qui agisse du centre à la circonférence sur l'orifice, mais une fois la bosse séro-sanguine formée, elle agira à la façon d'un coin en s'engageant dans l'orifice. Le cône digital est précisément destiné à remplacer cette bosse séro-sanguine qui ne se formera pas, l'orifice vaginal ayant été préparé et l'expulsion étant plus rapide.

jusqu'aux fenêtres, en sorte qu'elles agissent encore sur la vulve à la manière d'un véritable coin. A ce point de vue, on pourrait considérer comme une imperfection la forme donnée à certains forceps anglais dont les branches restent parallèles jusqu'à la cuiller.

Une autre analogie qui ne saurait manquer de frapper l'esprit, c'est celle qui existe entre les déchirures du vagin s'étendant plus ou moins loin et celles produites au niveau du col utérin par la tête qui descend plus ou moins brusquement et en forçant cet orifice. Ces déchirures du col peuvent en s'étendant jusqu'au corps produire, comme celles du périnée, des accidents plus ou moins graves et en résumé l'analogie est évidente aussi bien dans les causes que dans les résultats.

« Enfin, dit M. L. Dumas, une autre analogie se présente à l'esprit si l'on considère la rapidité et la facilité avec lesquelles on obtient la dilatation du col avec l'éponge préparée et mieux encore avec les dilatateurs de Barnes et de Tarnier. Et à ce propos, j'avoue ne pas bien saisir une réflexion du Dr Duke, lorsqu'il dit « qu'il ne comprend pas que la dilatation du périnée puisse se faire normalement dans un temps aussi court que le mouvement d'extension, alors que le col, même aidé par la poche, a besoin d'un temps si considérable. » On ne voit pas qu'il y ait lieu de s'étonner. Nous avons dit plus haut que cette prétendue résistance du périnée n'est pas aussi grande qu'on l'a cru jusqu'à ce jour, et que c'est l'orifice vaginal qui, chez la primipare, rend si longue la période d'expulsion.

Des différentes considérations qui précèdent, de l'analogie d'action de la bosse séro-sanguine, agissant sur l'orifice vaginal comme la poche des eaux sur le col utérin, de l'action du forceps agissant lentement et progressivement sur le même orifice comme agent dilatateur, de l'analogie des ruptures de

l'orifice du col et de l'orifice du vagin, de l'étude minutieuse du mécanisme et des causes de rupture du périnée, devaient sortir des conclusions d'une grande importance, puisqu'elles ont suffi pour faire imaginer à notre cher Maître, M. le Professeur-Agrégé L. Dumas, sa méthode dite de la *dilatation præ-fœtale* que nous allons exposer maintenant.

B.

Ars imitatio naturæ.

Exposition de la méthode — « La dilatation præ-fœtale de la vulve a précisément pour but d'exercer cette action dilatatrice en avant de la tête, en soumettant l'orifice vaginal à une distension opérée par un corps moins volumineux que cette partie fœtale, et elle comprend simultanément une action directe sur celle-ci pour retarder sa sortie pendant tout le temps nécessaire.» Voilà donc nettement exposé le but de la méthode : préparer l'orifice vaginal au passage de la tête, et empêcher la sortie trop brusque de celle-ci. Nous exposerons plus loin les avantages de ces deux actions et nous verrons comment et en quoi ce mode d'intervention est supérieur à ceux que nous avons exposés dans le chapitre qui précède. Mais nous ne saurions, dans l'exposition de la manœuvre opératoire, mieux faire que de nous servir des paroles mêmes de l'inventeur.

« Lorsque la poche des eaux est rompue, dit-il, la femme étant dans le décubitus dorsal, suivant l'usage adopté en France, les jambes repliées, les cuisses modérément écartées, et le siège relevé au besoin par des draps pliés en plusieurs doubles, je me place debout au côté droit du lit, au moment où l'occiput atteint l'extrémité inférieure du vagin ; je graisse les trois premiers doigts de la main droite (pouce, index,

médius) et j'écarte légèrement avec eux les bords de la vulve, en passant le bras sous les couvertures, par dessus la cuisse droite.

» Lorsque ces trois doigts sont arrivés sur la tête fœtale, je les écarte doucement de façon à les faire glisser entre elle et l'orifice du vagin, ce qui a lieu sans douleur aucune si l'on a soin d'agir entre deux contractions. Je les introduits ainsi, en continuant à les écarter, tout en suivant la convexité de la tête jusqu'à une profondeur telle qu'ils éprouvent une pression modérée entre la tête et l'orifice vaginal; si l'on allait trop loin, on risquerait de produire l'attrition des parties molles contre les branches ischio-pubiennes, ce qu'il faut évidemment éviter.

» Dans cette situation, les doigts constituent en avant de la tête une sorte de cône, ou plutôt un trépied qui traverse la vulve et dont la base est appliquée sur la tête, tandis que son extrémité amincie reste à l'extérieur. Ce trépied maintient l'orifice vaginal écarté de la tête et le distend un peu au devant d'elle, le pouce soulevant le bord droit de la vulve, vers sa partie moyenne, tandis que les deux autres doigts soulèvent son bord gauche, l'index un peu plus haut que le pouce et le médius dans le voisinage de la commissure. »

Telle est d'après notre Maître lui-même la manœuvre opératoire que comporte le procédé qu'il a imaginé. Comme on le voit, l'exécution en est toute simple, suivons-en les effets.

Au moment d'une contraction, le cône en question, dont la base est en haut et s'appuie sur la tête et le sommet en bas, poussé en avant par la tête, présente à l'orifice vaginal une portion plus évasée que celle qui lui correspondait d'abord et par suite agit sur lui comme la poche des eaux sur l'orifice du col, à la façon d'un coin en le dilatant de dedans en dehors. Mais tout en remplissant cette action dilatatrice, la base du cône entraîne un peu cet orifice en avant, ce qui

évidemment vient en aide à l'ampliation du périnée, puisque la commissure postérieure de la vulve est entraînée dans le même sens.

Voilà donc déjà deux grandes actions de la manœuvre : une action dilatatrice de l'orifice du vagin et une ampliation du périnée. Mais ce n'est pas tout. Les contractions utérines augmentant d'énergie et la tête poussant davantage, les doigts perçoivent très nettement que l'orifice du vagin se distend et devient de plus en plus rigide.

Ils transmettent alors l'indication d'arrêter les mouvements de propulsion de la tête, ce que l'on peut faire simplement sans changer les doigts de place, en appuyant sur la région occipitale, sur laquelle repose le trépied digital. On retarde ainsi le mouvement de déflexion, ce qui met la partie moyenne et postérieure du périnée à l'abri de toute pression fâcheuse de la part de la région frontale.

Pendant l'intervalle des contractions utérines, les doigts sentent que la tension de l'orifice vaginal diminue d'une manière considérable, on en profite pour les introduire plus profondément et pour élargir la base du cône dilatateur.

« On continue, dit M. L. Dumas, à tenir la même ligne de conduite à chacune des contractions suivantes et l'on obtient ainsi graduellement une dilatation suffisante de l'orifice vaginal et de la vulve, en même temps que l'ampliation parallèle du périnée.

» Il va de soi que l'on doit, au besoin, engager la femme à modérer ses efforts. La seule précaution que l'on doive prendre vers la fin, lorsque les contractions atteignent leur maximum d'énergie, et surtout lorsque la femme, obéissant aux conseils qu'on lui donne, parvient à supprimer l'action de la sangle musculaire abdominale, c'est d'appliquer la main gauche sur le fond de l'utérus pour contrebalancer la

pression assez forte que l'on est obligé d'exercer sur la tête, si l'on croit devoir encore retarder sa sortie.»

Notre Maître termine l'exposé de sa manœuvre par un excellent précepte dont nous avons, dans nos observations, constaté les résultats heureux: « Au moment, dit-il, où l'on juge opportum de laisser le front se dégager, il faut bien se garder de supprimer toute résistance au niveau de l'occiput et l'on doit au contraire laisser les doigts en place et l'accompagner en résistant doucement pour que le passage du diamètre sous-occipito-frontal soit aussi lent que possible. Il convient en même temps d'engager la femme à pousser modérément, après que la contraction utérine a complètement cessé, la vulve une fois préparée convenablement, le plus léger effort de sa part, aidé au besoin d'un peu d'expression utérine, amène très doucement la tête au-dehors. »

Indications de la méthode. — La dilatation præ-fœtale doit être surtout employée chez les primipares, car c'est surtout chez elles que les déchirures sont à craindre et qu'on les observe le plus souvent: néanmoins, elle serait également de mise chez une femme déjà mère et qui serait dans certaines conditions qu'indique la méthode chez la primipare (obs. XVI).

Etablissons d'ores et déjà que chez une femme arrivée à son complet développement, il y a étroitesse de l'orifice vulvo-vaginal quand celui-ci ne mesure que 20 à 25 millimètres dans son diamètre antéro-postérieur. D'après certains auteurs, il y aurait déjà étroitesse à 30 millimètres.

Quoi qu'il en soit, c'est déjà là une indication. Une autre indication est posée par la rigidité de l'orifice, et nous dirons même à ce sujet que cet état des tissus fait plus indication que l'étroitesse absolue elle-même, car nous avons vu souvent ses orifices étroits, mais à tissus extensibles, se laisser

plus facilement et plus rapidement franchir, que d'autres qui n'étaient pas mêmes étroits, mais qui étaient rigides. Ici le trépied digital agit, en dilatant l'orifice vulvo-vaginal, il est vrai, mais surtout en ralentissant la progression trop rapide de la tête, ce qui évidemment permet aux tissus de se distendre lentement, progressivement, et d'employer tout ce qui leur reste d'extensibilité. Nous avons déjà exposé l'opinion de P. Dubois, conseillant de retarder la sortie de la tête et disant que ce temps, que l'on perd en apparence, le périnée, susceptible d'une grande extensibilité, pourvu toutefois qu'on ne le brusque pas, l'emploie à se dilater.

La dilatation præ-fœtale nous semble encore indiquée chez les femmes dont le périnée est résistant, celles qui sont fortes, bien musclées, grasses.

Nous croyons enfin que la méthode que nous avons expérimentée peut rendre aussi des services dans les cas où le périnée est le siège d'une altération quelconque, d'une dégénérescence ou d'une infiltration.

Alors surtout il convient de s'opposer à ce que la tête vienne brusquer ses éléments, car ils sont altérés et ils se rompraient mieux que jamais.

C.

> L'observation cherche à surprendre la nature, l'expérimentation la force à se dévoiler.
>
> (Cuvier).

Et maintenant que nous avons exposé la manœuvre opératoire de la dilatation præ-fœtale, il nous reste à faire ressortir les avantages que cette méthode présente sur celles qui ont été employées jusqu'à ce jour.

L'ancienne manœuvre classique de soutien du périnée est en principe, nous l'avons déjà dit, complètement illusoire et

fondée sur une appréciation erronée des phénomènes de l'accouchement, car elle n'agit nullement sur la tête ; or, nous savons que, en dehors des altérations spéciales du périnée qui peuvent le prédisposer aux ruptures (œdème, rigidité, tissu adipeux en excès), c'est surtout la progression trop rapide de la tête fœtale qui compromet son intégrité. Madame Lachapelle, il est vrai, comprit le défaut de la méthode et la modifia heureusement « en pressant vers l'anus ; » mais encore nous est-il permis de dire de cette méthode ainsi améliorée, qu'elle n'a aucune action sur l'orifice vaginal et sur l'ampliation directe du périnée.

Nous avons vu le procédé de Depaul qui ne s'occupe que de la tête pour en ralentir la sortie. Comme nous l'avons dit déja, il offre le grand inconvénient d'occuper les deux mains et avec cela il n'a aucune action sur l'orifice vaginal, pas plus que l'ancienne manœuvre classique.

Quant aux procédé de Goodell, nous l'avons également passé en revue et nous avons vu qu'il offrait d'abord la difficulté d'introduire le doigt dans le rectum comprimé par le front du fœtus, et ensuite le désagrément qu'une pareille manœuvre ne manque de donner à la parturiente.

Nous avons suffisamment insisté sur le procédé des Drs Duke, Trestail et Carr, pour que nous croyions inutile d'y revenir.

Le procédé de la dilatation præ-fœtale agit à la fois et sur la tête fœtale en ralentissant et régularisant sa marche, et sur les parties maternelles en les dilatant graduellement et dans une mesure que l'accoucheur peut *toujours apprécier exactement.*

Oui, mieux qu'aucune autre méthode, la dilatation præ-fœtale agit sur les trois éléments dont nous avons parlé plus haut : élément tissu, élément temps, élément direction.

Le cône digital a une action dilatatrice incontestable. A

chaque contraction il est poussé en avant par la tête et présente à l'orifice vaginal une portion plus évasée que celle qui lui correspondait d'abord, et agit par suite sur lui à la façon d'un coin en le dilatant de dedans en dehors. Il le prépare lentement, progressivement et l'empêche de se trouver brusquement en rapport avec un segment de tête beaucoup trop considérable pour qu'il puisse l'admettre. Nous avons vu également que le cône en question contribuait à l'ampliation du périnée en entraînant en avant sa commissure postérieure.

L'action du procédé sur l'élément tissu est donc incontestable et s'exerce d'une manière directe. Mais ce n'est pas tout. Personne ne contestera son action puissante sur l'élément temps, et par cet intermédiaire encore le procédé agira puissamment sur l'élément tissu.

Nous avons dit plus haut que les déchirures se produisaient surtout chez les femmes à orifice vulvaire étroit, celles dont le périnée est très résistant, celles qui sont fortes, bien musclées, grasses ou qui ont des régions infiltrées. Or, si par un procédé quelconque on s'oppose à ce que la tête vienne brusquer et rompre ces éléments ; si l'on donne à ces tissus préparés par la grossesse, gorgés de liquides, assouplis, ramollis, le temps de mettre à profit ce qui leur reste d'élasticité, il est incontestable que l'on pourra souvent, sinon toujours, éviter des déchirures plus ou moins étendues et plus ou moins désagréables. Dans quelques cas où nous nous sommes trouvé en présence de périnées altérés, infiltrés, nous avons la ferme conviction que la dilatation præ-fœtale nous a sérieusement secondé, et que si elle a été impuissante à nous faire éviter toute déchirure, elle a du moins fortement contribué à les empêcher de s'étendre plus loin.

« S'opposer à la sortie brusque de la tête, dit notre Maître, c'est là un des avantages fondamentaux de la méthode. » Ce

second point est donc parfaitement établi, à savoir : qu'on agit par cette méthode sur l'élément temps.

Et maintenant l'élément direction peut-il être heureusement influencé par la dilatation præ-fœtale ? Pour nous il n'y a point de doute et il est certain que l'on peut agir facilement sur la flexion ou la déflexion de la tête par l'intermédiaire du trépied digital. D'abord, par la dilatation même de l'orifice vaginal, le cône formé par les doigts facilite et hâte le dégagement de l'occiput sous la symphyse du pubis et par conséquent prépare son mouvement d'extension. Que l'on presse fortement sur l'occiput, l'on empêchera à volonté le mouvement de déflexion de se produire ; que l'on juge opportun de laisser le front se dégager, on accompagnera l'occiput en résistant doucement pour que le passage du diamètre sous-occipito-frontal soit aussi lent que possible et, en pressant légèrement l'occiput par en haut, sous la symphyse, on aidera le périnée à produire lentement le mouvement d'extension.

Dans le cas de flexion exagérée (obs. X), ce qui tient souvent à ce que l'orifice vaginal rétréci ne permet pas à l'occiput d'aller se loger sous l'arcade pubienne, on obtient d'excellents résultats par la méthode præ-fœtale. On évite ainsi une application du forceps. « Un autre avantage de la méthode, dit notre Maître, c'est la suppression probable des applications du forceps, si fréquemment faites pour une prétendue résistance du périnée. » Nous avons, pour notre part, insisté sur ce fait que la prétendue résistance du périnée devait, dans la plupart des cas, être imputée à l'orifice vaginal. Nous avons cité le cas de Budin, où l'expulsion s'est terminée instantanément après le débridement de cet orifice, tandis que la tête était depuis deux heures et plus dans l'excavation.

« Je rappelle enfin, dit M. le professeur-agrégé L. Dumas,

L. Dumas, que par une dilatation plus efficace de l'orifice vaginal, je crois arriver à raccourcir notablement la période d'expulsion parfois si longue et cela sans cesser de diminuer les chances des lésions pour les organes maternels. »

A ce sujet, nous sommes heureux de pouvoir présenter au lecteur, à côté du tableau suivant que nous empruntons à Pénard, un second tableau résumant nos observations.

			HEURES
1° Durée totale du travail	1° Primipare		10 à 12
	2° Multipare		6 à 8
2° Durée des périodes	1° De dilatation	1° Primipares	6 à 8
		2° Multipares	4 à 6
	2° D'expulsion	1° Primipares	2 à 4
		2° Multipares	1 à 2

Tableau résumant la durée totale du travail et la durée des périodes dans nos observations.

OBSERVATIONS	DURÉE totale du travail	PÉRIODE de dilatation	PÉRIODE d'expulsion
1re	8 heures	7 heures	1 heure
2	13 —	13 —	» — 30
3	7 — 45	7 —	» — 45
4	5 — 10	4 — 30	» — 40
5	6 — 35	6 —	» — 35
6	8 — 2	7 —	1 — 2
7	8 — 42	8 —	» — 42
8	7 — 54	7 —	» — 54
9	7 — 25	7 —	» — 25
10	8 — 35	7 — 30	1 — 5
11	9 — 18	8 —	1 — 18
12	6 — 30	6 —	» — 30
13	7 — 20	6 —	1 — 20
14	8 —	7 — 15	» — 45
15	7 — 52	7 —	» — 52

Par le tableau qui précède, on peut voir que la période d'expulsion est notablement raccourcie et nous dirons même qu'elle est beaucoup moins douloureuse, la dilatation de

l'orifice vaginal se faisant plus lentement et par conséquent les tissus étant beaucoup moins violemment distendus. C'est là encore un fait qui résulte de nos observations à savoir : l'atténuation des douleurs conquassantes de « la période de désespoir.»

D.

Comme toute nouvelle méthode, la dilatation præ-fœtale de la vulve devait soulever des objections. Elle en a soulevé, en effet. Nous allons tâcher de les résoudre dans ce dernier paragraphe.

Il en ait une que nous avons commencée de résoudre c'est celle qui a rapport au nombre d'observations (1). Notre Maître, comme nous l'avons dit plus haut, n'avait expérimenté qu'une seule fois sa méthode, les résultats en avaient été heureux, mais ils ne permettaient pas de conclure à l'excellence du procédé.

Nous sommes heureux de pouvoir aujourd'hui venir atténuer cette objection en soumettant au lecteur toutes les observations que nous avons pu recueillir pendant le cours de l'année qui vient de s'écouler.

Nous les lui soumettrons loyalement, bonnes ou mauvaises, afin qu'il puisse lui-même juger des résultats de la méthode. Nous nous sommes appliqué surtout à décrire l'état de la vulve et du périnée et quand nous n'en parlons pas, c'est qu'il est normal et ne présente rien à noter. Nous rappelons au lecteur, ce que nous avons dit plus haut, à savoir que, d'accord avec la plupart des auteurs, nous ne considérons pas les déchirures de la fourchette comme

(1) *Gazette Médicale de Paris.* (De la dilatation præ-fœtale de la vulve). Marius Rey, et Macari, *in Italia Medica*, N° 37, 1883, (*Il perineo nella donna primipara*).

devant être notées. Elles n'ont aucune importance, « la femme, a-t-on dit, n'a qu'un agrément de moins.»

Toutes les fois que cela nous a été possible, nous avons soigneusement noté, avant et après l'accouchement, le diamètre antéro-postérieur de l'orifice vaginal : avant l'accouchement, pour savoir s'il y avait indication d'employer le procédé, après pour mieux en reconnaître les déchirures. On trouvera ces recherches consignées dans nos observations.

On a dit que «nombre de femmes ne s'y soumettraient pas volontiers.» Nous avouons n'avoir jamais subi la moindre marque de refus, et cependant nous avons pratiqué la manœuvre sur un assez grand nombre de femmes qui accouchaient en ville et qui auraient pu parler haut, puisqu'elles étaient chez elles.

Le médecin ne saurait avoir dans ces circonstances trop de délicatesse et de tact. Il doit savoir que, comme on l'a fort bien dit, « la femme est un admirable composé de douce sensibilité et de noble pudeur ». Ni l'un ni l'autre de ces sentiments ne doivent être froissés. Il doit savoir insinuer à la femme qu'elle seule est intéressée à ce qu'on pratique la manœuvre, qu'ainsi elle sera plus tôt délivrée, et que fort probablement on évitera par ce moyen des déchirures et douloureuses et désagréables.

D'ailleurs, dans ces moments de vives souffrances, la femme voit, en quelque sorte dans l'homme de l'art un libérateur ; sa seule présence l'aide et la soulage ; elle le voit avec peine s'éloigner d'elle, et l'on dirait qu'elle tolère mieux sa souffrance quand il est à côté de son lit. Elle l'interroge du regard et sait lire sur ses traits les impressions qu'il ressent. Toute confiante en celui que nombre de femmes ont en pareille occurrence appelé leur Sauveur, elle l'écoutera d'autant plus volontiers, qu'elle le sait capable de soulager les souffrances qui la torturent.

D'ailleurs, cette méthode ne brusque pas trop, comme le font les autres, la pudeur de la femme qu'il n'est pas nécessaire de découvrir. « Outre un certain froissement de pudeur, dit notre Maître, qui occasionne à nombre de primipares une contrainte visible, et qu'il est bon de respecter, tant qu'il n'y a pas nécessité de faire autrement cette exposition à l'air, du bassin et d'une grande partie des membres inférieurs, peut devenir fort désagréable et même dangereuse pendant la saison froide, alors surtout que la tête est retenue parfois pendant des heures à l'orifice vaginal. La dilatation præ-fœtale supprime tous ses inconvénients, puisqu'il suffit de passer un bras sous les couvertures, et elle ne fait pas perdre le bénéfice d'une surveillance assidue, car les doigts qui restent en contact avec la tête et avec la vulve rendent, de ce qui se passe, un compte aussi exact que les yeux.»

On a prétendu que les doigts devaient se fatiguer, que le rôle de l'accoucheur devenait ainsi pénible et qu'il serait mieux d'employer un petit forceps. Nous dirons d'abord que les doigts ne se fatiguent nullement, puisqu'ils s'appuyent sur la tête-fœtale dont ils suivent tous les mouvements. Sans cet appui, ils se fatigueraient peut-être, mais comme il est toujours possible de leur faire suivre la tête dans ses alternatives de descente et de retour, cet appui ne leur manque jamais et ne se fatiguent par conséquent pas. Il est vrai qu'il faut rester au moins une demi-heure là, à côté de la femme, dans une position qui ne varie guère et pour peu que l'accoucheur soit impatient, ce temps lui paraîtra fort long. Mais qu'on ne l'oublie point, l'accoucheur ne doit pas se contenter de consoler et de surveiller, il doit aussi, s'il le peut, soulager et prévenir. La femme semble mieux supporter les souffrances quand elle voit l'accoucheur s'occuper d'elle.

Quant à remplacer les doigts par un petit forceps, nous

sommes convaincu que le procédé ne pourrait y gagner, car les doigts ont une sensibilité et une dextérité que ne saurait avoir le forceps. Mieux qu'aucun instrument, les doigts perçoivent le degré d'extension du périnée et servent à transmettre l'indication de laisser aller ou d'arrêter le mouvement de progression, et pour le peu d'effort qu'ils ont à faire, ils sont largement à la hauteur de leur tâche.

Après en avoir fait une longue étude, M. le professeur Macari, de Gênes (1), dit que le procédé de M. le professeur-agrégé L. Dumas semble en opposition avec ce que l'on enseigne sur l'action dilatatrice de la poche des eaux, et plus loin il ajoute que le cône formé par les doigts, ayant son sommet dirigé en bas, doit plutôt servir à ralentir le mouvement de progression de la tête qu'à dilater convenablement l'orifice vaginal..

Nous croyons, quant à nous, que si l'action du cône digital sur la progression de la tête n'est pas douteuse, son action dilatatrice sur l'orifice vulvo-vaginal n'existe pas moins. La poche des eaux, poussée dans l'orifice du col, déjà un peu ouvert, exerce sur celui-ci un effort mécanique de dedans en dehors et de haut en bas ; elle le dilate en un mot à la façon du coin.

Cette puissance de dilatation excentrique, le cône digital la possède également. Poussés par la tête et refoulés de haut en bas, les doigts sont en même temps écartés, de sorte qu'à une force mécanique exercée de haut en bas vient s'en joindre une autre excentrique, c'est-à-dire dirigée du centre à la circonférence.

(1) *Italia medica*, N° 37, année 1883.

CONCLUSION.

Les différentes manœuvres employées jusqu'à ce jour pour prévenir les déchirures du périnée, peuvent se diviser en trois classes, suivant que l'on se propose: 1° de soutenir simplement le plancher périnéal ; 2° de ralentir la progression de la tête fœtale ; 3° de faciliter et d'accélérer l'ampliation de la vulve et l'extension du périnée.

La première classe est aujourd'hui complètement abandonnée, car elle a été reconnue tout-à-fait illusoire et fondée sur des appréciations erronées des phénomènes de l'accouchement.

Les deux autres classes peuvent être avantageusement remplacées par la manœuvre dite dilatation præ-fœtale, car celle-ci obtient aussi bien qu'elles :

1° Le ralentissement de la progression de la tête fœtale.

2° La dilatation de l'orifice vulvo-vaginal et l'extension du périnée.

Elle présente en plus les deux grands avantages suivants :

1° D'obtenir une expulsion plus rapide;

2° De laisser une main complètement libre.

Observation I.

Les exemples persuadent bien mieux que les simples raisonnements, et l'expérience donne la perfection à tous les arts.
(Moriceau, t. II, préface).

La nommée Marie X..., âgée de 18 ans, célibataire, d'une constitution forte, d'un tempérament lymphatique, commence à ressentir des douleurs vers les 5 heures du soir. Elle est primipare. D'abord faibles et courtes et séparées par des intervalles assez longs, les contractions deviennent bientôt plus fréquentes, plus longues et plus énergiques. La palpation abdominale, l'auscultation et le toucher vaginal témoignent d'une première position du crâne. Obliquité assez marquée de la matrice. L'examen de la vulve nous montre qu'elle est étroite et résistante, l'orifice vulvaire mesure 3 centim. seulement dans le sens antéro-postérieur. Nous attendons la rupture de la poche des eaux qui se fait à minuit et nous pratiquons sur le champ la dilatation præ-fœtale, selon toutes les règles de la méthode. Les contractions sont des plus énergiques et nous sentons l'occiput appuyer fortement sur le trépied digital et le refouler, mais en même temps nos doigts perçoivent très nettement que l'orifice vaginal se distend et devient de plus en plus rigide. Nous nous opposons le plus possible à la sortie brusque de la tête, et ce n'est que lorsque l'ampliation de la vulve nous paraît suffisante que nous laissons le front se dégager en nous gardant toutefois de supprimer toute résistance au niveau de l'occiput. La sortie du tronc suit immédiatement le dégagement de la tête et tout s'achève du mieux possible à une heure moins le quart. L'enfant, de sexe masculin, est bien portant

et très bien développé. Il pèse 3,780 gr. et sa longueur est de 0,50. Les diamètres de la tête sont les suivants :

O.F.	0,112
O.M.	0,122
Bip.	0,099
S.O.B.	0,103

L'examen des parties sexuelles, bien nettoyées, ne démontre qu'une faible déchirure de la fourchette atteignant à peine un demi centimètre.

Durée totale du travail.	8 h.
Période de dilatation	7 h.
Période d'expulsion.	1 h.

Observation II.

(Personnelle.)

La nommée F. X., née dans le département du Gers, âgée de 19 ans, journalière, célibataire, d'une constitution forte, entre à la clinique d'accouchements le 19 avril. Rien de particulier dans les antécédents. Elle a été réglée à 16 ans. L'examen des organes génitaux montre, ainsi que le dit la femme qu'elle est primipare. Les grandes lèvres sont ramollies et gonflées, et du vagin, qui a un aspect bleuâtre, sortent des glaires inaccoutumées. Quant à l'orifice vulvo-vaginal, qui nous intéresse particulièrement, il présente un bourrelet dur et assez résistant sur lequel s'insèrent les appendices dits caroncules myrtiformes. La mensuration donne *25 millimètres d'ouverture.* Depuis quelques jours, la femme se plaint de resserrements spasmodiques qui partent des reins et viennent mourir au pubis, lorsque le 25 avril, à 5 heures du soir 1884, apparaissent les premières douleurs.

La palpation et l'auscultation permettent de diagnostiquer une présentation du sommet en première position. Marche assez lente du travail et rupture de la poche des eaux à 6 h. du matin. Essai de la dilatation præ-fœtale; sortie de la tête à 6 heures et demie: expulsion du tronc 3 minutes après le dégagement de celle-ci. A l'examen minutieux de l'orifice vulvaire, on ne trouve qu'une éraillure de la fourchette tout à fait insignifiante.

L'enfant du sexe féminin pèse 3,350 gr. et mesure une longueur de 48 cent.

La tête présente les diamètres suivants:

O.F.	104	
O.M.	125	
Bip	9	
S.O.B.	9 1\2	
Durée totale du travail.	13 h.	1\2
Période de dilatation.	13 h.	
Période d'expulsion.		1/2

L'examen de la vulve qui a été fait huit jours après l'accouchement, la veille du jour où la femme quittait la clinique, permet de constater l'absence de toute déchirure, la mensuration de l'orifice vulvaire donne $0^{m}045$.

Observation III.

(Personnelle).

P. B..., âgée de 22 ans, est entrée à l'hôpital le 12 avril 1884. C'est une primipare d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin. Elle dit avoir été réglée à 12 ans. Ses dernières règles sont apparues le 15 août, ont duré quatre jours comme de coutume. La femme dit n'avoir eu qu'un

seul rapport quelques jours après la dernière apparition de ses règles. Rien à noter du côté des antécédents soit personnels, soit héréditaires. L'orifice vulvaire offre ce fait intéressant que l'hymen, presque entier, présente seulement une déchirure en arrière. Légère tuméfaction des grandes lèvres, écoulement glaireux. Douleurs prémonitoires le 22 avril : resserrements spasmodiques et sensation de pattes de mouches et d'araignées. Commencement de travail le 23 avril à 9 h. du soir. Douleurs faibles et à intervalles assez longs. Présentation du sommet en position O. I. G. A.

A partir de minuit, les douleurs se rapprochent et deviennent de plus en plus fortes. L'effacement du col s'opère et la rupture de la poche a lieu à 4 h. du matin. Les trois premiers doigts de la main droite, préalablement graissés, sont introduits dans le vagin à travers l'orifice hyménal déchiré seulement en arrière, comme nous l'avons dit plus haut. Le trépied digital s'oppose à la descente trop brusque de la tête qui aurait certainement lieu sous l'effet des contractions excessivement fortes dont la matrice est le siège. Enfin le dégagement de la tête s'opère et est bientôt suivi de l'expulsion du tronc à 4 h. 45.

Le nettoyage des parties sexuelles, une fois fait, nous procédons à un examen minutieux de l'orifice vaginal et nous constatons les faits suivants : au niveau de la déchirure de l'hymen sus-mentionnée, une déchirure de la fourchette d'une longueur de 1 cent.; sur les parties latérales, deux ou trois lambeaux constitués par l'hymen déchiré ; une légère éraillure sur la lèvre antérieure.

L'enfant du sexe masculin est très bien développé ; son

poids est de 3,780 ; il mesure 0,55 cent. Voici le diamètre de la tête :

O. F. 0,113
O. M. 0,125
Bip. 0,09
S. O. B. 0,108
Durée du travail . . . . 7 h. 45
Période de dilatation. . 7 h. »
Période d'expulsion. . . » 45

Plusieurs examens ultérieurs de la vulve, nous montrent son bon état. L'orifice vulvaire mesure 5 cent.; son bourrelet commence à être dur et donne attache aux lambeaux de l'hymen déchiré par l'accouchement. L'aspect de l'orifice vulvo-vaginal est celui qu'il présente chez une femme qui a eu des rapports, mais qui n'a pas enfanté.

Observation IV.

(Personnelle.)

La nommée X..., âgée de 20 ans, habitant Montpellier, est prise de douleurs, le 3 avril 1884, à 4 h. de l'après-midi; tempérament lymphatique et constitution forte. Rien qui puisse nous intéresser dans ses antécédents. Examen des organes génitaux externes et de l'orifice vulvo-vaginal qui mesure 0,035 millim. et qui est assez résistant. Le travail marche régulièrement: le col est mou et dilatable. A 8 h., l'effacement et la dilatation du col sont complets ; à 8 h. et demie, rupture de la poche.

Je pratique la dilatation præ-fœtale et j'obtiens l'expulsion du fœtus à 9 h. 10.

Intégrité absolue de la fourchette.

Poids du fœtus du sexe féminin, 3, 420.
Longueur 0,50.

Diamètre de la tête :	O. F.	12 cent.
	O. M.	13 —
	Bip.	9 —
	S. O. B	9 et demi

En résumé :

Durée totale du travail.	8 h. 10
Période de dilatation.	4 h. 30
Période d'expulsion.	40 m.

Mensuration de la vulve à son orifice, 15 jours après l'accouchement, 0,042 millim.

Oservation V.

(Personnelle.)

La nommée Fontinetta, jeune italieune, âgée de 18 ans, habitant Cette depuis quelques mois, est prise, le 9 décembre, de céphalalgie très intense qui s'accompagne de nausées et de vomissements.

Cette jeune femme dit être primipare et au terme de sa grossesse. L'analyse de l'urine, à la chaleur et à l'acide nitrique, ne dénote pas la présence d'albumine et les nausées et les vomissements qui avaient d'abord éveillé en nous l'idée de signes prodromiques d'une attaque d'éclampsie, cessent bientôt d'eux-mêmes. La femme entre en travail le 15 décembre à 8 h. du soir. L'état de l'orifice vulvo-vaginal est tel que la dilatation præ-fœtale semble promettre de bons résultats : il est étroit et très résistant, et mesure 0,040 millim.

Le travail marche régulièrement et l'effacement ainsi que la dilatation sont complets à 2 h. du matin, heure à laquelle se produit la rupture de la poche. Essai de la méthode. A 2 h. 35, dégagement de la tête, suivi aussitôt de l'expulsion du tronc.

Examen de la vulve : légère déchirure de la fourchette. Fœtus mâle ; longueur 0, 58 ; poids 3,789.

Diamètre de la tête :	O. F.	125
	O. M.	139
	Bip	92
	S. O B.	95

Résumé du travail :

Durée totale.	6 h. 35
Période de dilatation.	6 h.
Période d'expulsion	35 m.

Mesure de l'orifice vulvo-vaginal : 0,045.

Observation VI.

(Personnelle).

La nommée M. L., entrée à l'hôpital le 5 mars 1884, est âgée de 19 ans, célibataire et primipare.

Rien à noter dans les antécédents.

Vulve bleuâtre, bourrelet vaginal résistant et mesurant 0,042 dans son diamètre antéro-postérieur. Commencement de travail le 6 mars à 9 h. du matin ; présentation du sommet en seconde position. Marche régulière du travail.

Le col s'efface lentement et la dilatation est complète à 4 heures du soir. A 4 heures un quart rupture de la poche ; dilatation par la méthode du *trépied digital ;* dégagement de la tête à 5 heures 2, suivi, dans la contraction suivante de l'expulsion du tronc ; examen de la vulve : deux simples

éraillures de la fourchette, situées de chaque côté de la ligne médiane. Fœtus mâle ; longueur 0,49, poids 3,402 gr.

Diamètre de la tête :	O.F.	111
	O.M.	12
	Bip.	92
	S.O.B	95
Durée totale du travail.		8 h. 2[m]
Période de dilatation.		7 h.
Période d'expulsion		1 h. 2[m]

Mesure de la vulve, 9 jours après l'accouchement, 0,081.

Observation VII.

(Personnelle).

La nommée A. P..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital le 21 février 1884. Elle est d'un tempérament très fort et d'une haute stature. Elle n'a été réglée qu'à 20 ans, mais n'a jamais eu aucune maladie. Elle est régulièrement conformée et l'examen des organes génitaux, fait avec M. le professeur-agrégé L. Dumas, nous montre un orifice vaginal étroit, se laissant assez difficilement distendre par l'introduction des deux doigts, un périnée épais et bien musclé. A la partie supérieure de l'orifice vaginal, l'hymen est conservé intact; à la partie inférieure il est déchiré, frangé.

Le travail commence à minuit; contractions régulières, d'abord faibles, puis de plus en plus fortes. Dilatation complète à 8 h. Rupture de la poche à 8 h. 5. Nous pratiquons la dilatation præ-fœtale et nous obtenons l'expulsion à 8 h. 42.

Fœtus mâle, pesant 4000 gr. et long de 0,56.

Diamètre de la tête : O.F 0,1225
O.M 0,13
Bip. 0,95
S.O.B. 0,99

Travail : Durée totale . . . . . 8 h. 42m
Période de dilatation. . . . 8 h.
Période d'expulsion. 42m

Mensuration de la vulve : 0,032 avant l'accouchement ; 0,051 neuf jours après l'accouchement ; pas de déchirure.

Observation VIII.

(Personnelle)

La nommée X..., habitant Cette, domestique, célibataire, d'un tempérament lymphatique, est prise des douleurs d'enfantement le 3 novembre 1883, à 2 h. de l'après-midi. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques et elle est régulièrement conformée.

Position O. I. G. A. A l'examen des organes génitaux, nous constatons l'intégrité absolue de la membrane hymen. Ses bords sont souples et avec l'index et le médius introduits dans l'orifice qu'ils circonscrivent, on les dilate avec une grande facilité, comme on le ferait pour un ruban en caoutchouc. La femme dit n'avoir eu que deux rapports qui n'ont pas été le moins du monde douloureux, « au contraire . ajoute-t-elle. A travers l'orifice hyménal, nous constatons l'état du col qui est mou, souple ; son orifice admet facilement l'extrémité de l'index. A 8 h. du soir, la dilatation présente les dimensions d'une pièce de 5 francs. A 9 h., dilatation complète du col et rupture de la poche des eaux. Nous intro-

duisons alors deux doigts dans l'orifice vaginal ou hyménal et nous parvenons, après quelques tentatives, à en introduire un troisième. Le trépied digital constitué, nous ralentissons la descente de la tête. L'orifice hyménal se dilate lentement et progressivement d'une façon qui nous étonne. Enfin, la tête se dégage à 9 h. 54 et est sur le champ suivie de l'expulsion du tronc. Après l'accouchement, nous constatons trois déchirures: deux latérales comprenant toute la longueur de l'hymne, une en arrière, sur la ligne médiane, déchirure qui s'étend sur la muqueuse vulvaire de la fosse naviculaire.

Fœtus du sexe masculin, pesant 3,895 gr. et long de 0,53.

Diamètre de la tête :	O.F.	12
	O.M	13
	Bip.	9
	S.O.B.	97
Travail :	Durée totale.	7 h. 54
	Période de dilatation . . .	7 h.
	Période d'expulsion.	54

Observation IX.

(Due à l'obligeance de mon ami le Dr Caroncolo)
(Villa Spéranza, près Nice).

Primipare, position O. I. O. P.

Jeune femme de 21 ans, petite, tempérament sanguin, régulièrement conformée et n'ayant pas d'antécédents pathologiques. En travail depuis 4 h. du matin. Appelé à 10 h., je constate que le col est très mou et dilatable. La poche des eaux s'est rompue, m'a-t-on dit, à 9 h. un quart. Les contractions sont plus énergiques et plus fréquentes depuis lors.

10 heures et demie, la dilatation est comme une pièce de 5 fr. L'état général est très bon et les contractions augmentent

d'énergie ; à 11 heures, la tête touche le plancher périnéal et la dilatation est complète. J'essaie alors la dilatation prænfœtale selon toutes les règles indiquées par M. le professeur L. Dumas. L'occiput se présente deux fois à l'orifice vulvo-vaginal et se franchit à la seconde. Il était 11 heures 25. Après l'accouchement, je constate une déchirure insignifiante de la fourchette.

L'enfant, du sexe féminin, est bien développé, il pèse 4,032 gr., mesure 0m50 de longueur et présente les diamètres de la tête suivants :

O.F.	0,125
O.M.	0,132
Bip.	0,91
S.O.B.	0,99
Durée totale du travail	7 h. 25
Période de dilatation	7 h.
Période d'expulsion	25 minutes

Observation X.

(Due à l'obligeance de mon ami le Dr Caroncolo).

La nommé M., femme de taille moyenne. nerveuse, âgée de 21 ans, et primipare, est régulièrement conformé elle a été atteinte de chorée à 16 ans. Le fœtus est en première position. Premières douleurs à 8 heures du soir le 25 janvier 1884. A ce moment la pulpe du doigt est admise par le col. Douleurs régulières de plus en plus vives et rapprochées. Bientôt on touche la poche des eaux qui est plate et bombe fortement à travers le col durant les contractions qui sont très fortes. Rupture de la poche à 1 heure et demie du matin. Le col revient sur lui-même, mais ses lèvres sont épaisses,

molles et extrêmement souples. Le doigt le dilate facilement. Les contractions cessent un instant après la rupture, dilatation complète à 3 heures et demie. J'essaie alors la dilatation de la vulve ; l'orifice vaginal forme un anneau étroit et résistant, qui cède cependant à l'introduction du trépied digital. La tête est en flexion exagérée que je parviens à corriger avec mes trois doigts, et lorsque l'orifice vaginal est suffisamment dilaté, l'occiput, toujours dirigé par le trépied digital, vient se loger sous l'arcade pubienne; dégagement de la tête à 4 heures 35.

Enfant du sexe féminin, très bien développé, pesant 4.280 gr., long de $0^{m}52$.

Diamètre de la tête:	O.F.....	0,122
	O.M.....	0,135
	Bip.....	0,92
	S.O.B....	0,96
Travail :	Durée totale.....	8h. 55
	Période de dilatation.... ..	1h. 1/2
	Période d'expulsion.....	1h. 5.

Observation XI.

(Personnelle)

La nommé X, âgée de 37 ans, primipare, est régulièrement conformée. Elle a eu une fièvre typhoïde à 22 ans qui lui a presque complètement enlevé la mémoire. La grossesse a bien marché. Depuis quelques jours elle ressent des douleurs, mais le travail ne commence bien qu'à 9 heures du matin, le 31 janvier. Le fœtus est en position O. I. D. P. Le périnée est très épais et l'orifice vaginal étroit et résistant : il mesure

0m050. Les contractions sont fortes et régulières; à 9 heures 20 le col admet la pulpe de l'index; à 12 heures, la dilatation est comme une pièce de 1 fr. Le toucher, pratiqué à de nombreuses reprises, montre que la dilatation et l'effacement du col s'opèrent très lentement.

A 5 heures la dilatation est complète ; à 5 heures 20 rupture de la poche des eaux et essai de la dilatation præ-fœtale. Les contractions sont très fortes, dégagement de la tête à 6 heures 18. L'expulsion du tronc se fait à 5 minutes d'intervalle.

L'examen de la vulve, après l'accouchement, montre une faible déchirure de la fourchette.

Fœtus du sexe masculin, pesant 4,350 gr., longueur 0,58.

Diamètre de la tête :	O. F.	0.129
	O. M.	0 136
	B. P.	0.95
	S. O. M.	0.99

Travail :	Durée totale	9 h. 18m
	Période de dilatation . .	8 h.
	Période d'expulsion. . .	1 h. 18m

Orifice vulvaire mesurant 0m,049, 15 jours après l'accouchement.

Observation XII

(Personnelle)

La nommée X..., primipare, âgée de 22 ans, bien portante et régulièrement conformée, est prise de douleurs le 22 février 1884, à 5 h. du soir. Elle ne présente rien à noter dans ses antécédents; elle a toujours été bien réglée. La

grossesse a bien marché, aujourd'hui la femme est à terme. Le fœtus est en position O. I. D. P. Le col est ramolli et son orifice laisse pénétrer la pulpe du doigt. Les contractions sont régulières, énergiques ; à 7 heures, la dilatation est comme une pièce de 5 fr. ; rupture de la poche des eaux à 7 h. un quart, bien avant la dilatation complète. A partir de ce moment, le travail marche très lentement. Le col est revenu sur lui-même, mais il est souple, dilatable. Les contractions sont très énergiques après s'être ralenties pendant quelque temps au moment de la rupture de la poche.

A 11 h. seulement la tête franchit le col utérin. C'est alors que nous pratiquons la dilatation præ-fœtale. L'expulsion a lieu à 11 h. et demie.

Fœtus du sexe masculin ; longueur 0,55 ; poids 3.979.

Diamètre de la tête :	O. F.	0 121
	O. M.	0.135
	Bip	0.95
	S. O. B.	0.10

Durée totale du travail	6 h. et demie
Période de dilatation	6 h.
Période d'expulsion	demi-heure.

Simple éraillure de la fourchette. L'orifice vulvaire et le périnée se trouvaient tout à fait dans des conditions qui indiquent la dilatation præ-fœtale.

Observation XIII.

(Personnelle)

Jeune femme, lymphatique, primipare, âgée de 19 ans. Elle a eu des rhumatismes à l'âge de 15 ans. Elle est bien conformée, mais elle présente de l'œdème dans toute la

ciconscription de la veine-cave inférieure. Pas d'albumine dans les urines. Position O.J.C.A. Les grandes et les petites lèvres sont notablement tuméfiées ; le périnée est fortement infiltré. En écartant les petites lèvres, on constate que le vagin a un aspect bleuâtre, ses veines sont variqueuses. L'orifice vulvo-vaginal admet avec peine l'index et le médius droit. Le travail a commencé à 6 h. du matin le 12 janvier 1884 ; à 12 h., la poche se rompt, lorsque la dilatation est complète. Les contractions sont très énergiques et nous font craindre une rupture du périnée. Aussi nous opposons-nous avec le trépied digital à la descente brusque de la tête. Le périnée est fortement distendu au moment des contractions ; l'orifice vaginal poussé en avant par l'occiput semble être sur le point de se rompre. Enfin, la tête se dégage à 1 h. 10. Après la délivrance, nous constatons la rupture complète de la fourchette et une légère déchirure partant du côté gauche de l'orifice vaginal et se prolongeant jusque sur le milieu de la grande lèvre du même côté.

Fœtus mâle. Longueur 0,52 ; poids 3,875 gr.

Diamètre de la tête :	O. F.	0.119
	O. M.	0.128
	Bip	0.9
	S. O. B.	0.98

Durée totale du travail.	7 h. 10m
Période de dilatation.	6 h.
Période d'expulsion.	1 h. 10

Observation XIV.

(Personnelle).

La nommée X...., âgée de 20 ans, d'un tempérament sanguin, primipare, régulièrement constituée, n'ayant jamais eu de graves maladies, est entrée en travail à 8 h. du soir. Elle est primipare. Les membres inférieurs sont œdématiés et les organes génitaux externes ainsi que le périnée sont le siège d'une infiltration considérable. L'orifice vulvo-vaginal mesure 0,025 seulement. Le fœtus est en position O. I. D. P.

Le col est mou, son orifice admet la pulpe de l'index. Les contractions sont très énergiques.

A 9 h., la dilatation est comme une pièce de 5 fr.; à 12 h. et un quart, dilatation complète et rupture de la poche. Nous pratiquons la dilatation præ-fœtale et nous obtenons l'expulsion du fœtus à 1 h. du matin.

Nous constatons une déchirure située sur la ligne médiane occupant toute la fourchette et une longueur de 0,05 sur le périnée.

Le fœtus est du sexe masculin; il est très bien développé, pèse 4,022 gr. et mesure 0,56.

Diamètre de la tête: O. F..... 0,129
O. M..... 0,137
Bip..... 0,98
S. O. B..... 0,101

Durée totale du travail..... 8 h.
Période de dilatation..... 7 h. un quart.
Période d'expulsion..... 0 h. 45

Observation XV.

(Personnelle).

La nommée X.... est primipare, âgée de 21 ans, bien portante et régulièrement constituée, d'un tempérament lymphatique.

Première douleur le 4 mars 1884, à 2 h. de l'après-midi; position O. I. C. A. Orifice vulvaire assez étroit; vagin présentant un aspect bleuâtre. Ses veines sont variqueuses; les grandes et les petites lèvres sont légèrement tuméfiées. La femme présente, en outre, un léger œdème des malléoles; pas d'albumine dans les urines. Les contractions sont régulières et assez énergiques. A 7 h., la dilatation est comme une pièce de 5 fr Rupture de la poche à 9 h. A ce moment, la dilatation est complète. Nous pratiquons la dilatation præ-fœtale à 9 h. 52, dégagement de la tête et expulsion du tronc. Malgré nos efforts pour retenir la tête et favoriser l'ampliation du périnée, nous avons eu une déchirure complète de toute la fourchette et une déchirure de 0,04 environ du périnée.

Fœtus mâle; longueur 0,56, poids 4,059 gr.

Diamètre de la tête:	O. F.	0,122
	O. M.	0,135
	Bip.	0,92
	S. O. B.	0,99

Durée totale du travail	7 h. 52
Période de dilatation	7 h.
Période d'expulsion	52 m.

Orifice vaginal mesurant 0,032 avant l'accouchement.
0,045 15 jours après.

Observation XVI.

(Personnelle)

La nommé Marie X..., âgée de 35 ans, régulièrement conformée, bipare, entre en travail à 5 heures du matin. Elle me dit que lors de son premier accouchement, elle a eu une forte déchirure du périnée, que la guérison s'est faite longtemps attendre ; j'examine l'état des parties génitales et je constate une cicatrice en arrière sur la ligne médiane et une autre située latéralement du côté gauche sur la petite lèvre et la moitié de la grande. La vulve est étroite et rigide, ce qui provient sans doute de ces cicatrices; après la rupture de la poche des eaux qui se fait à 12 heures, je pratique la dilatation præ-fœtale et m'applique surtout à prévenir la descente trop rapide de la tête, à cette fin de donner aux tissus altérés le temps de se distendre. Les contractions sont très énergiques, ce qui me fait craindre que le plancher périnéal ait à souffrir. L'expulsion a lieu à midi 45; pas la moindre déchirure. L'enfant est mâle, pèse 4,039 gr. et mesure 56 cent.

Le diamètre de la tête est :

O.F.	12
O.M.	13
Bip.	9
S O.B.	99

Durée totale du travail.	7h. 35
Période de dilatation.	7h.
Période d'expulsion.	0h. 35

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu :
Le Président censeur,
DUMAS.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement

en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Exposer la structure de la sangsue. De l'ergot de seigle.

Anatomie.

Du système porte.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

Physiologie.

De la lymphe et de ses fonctions.

Pathologie et thérapeutique générales

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine qua non* des affections morbides à quinquina?

Pathologie Médicale ou Interne.

De l'encéphalite et de son traitement.

Pathologie Chirurgicale ou Externe

Des abcès métastatiques.

Thérapeutique et Matière Médicale.

Des préparations antimoniales.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

Accouchements.

De la délivrance.

Clinique Interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Clinique Externe.

De la fièvre traumatique.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lypémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Contribution à l'étude de la dilatation præ-fœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !